

Beitrittserklärung

Einzelmitgliedschaft	30,00 €	jährlich
Im gleichen Haushalt Lebende Familienangehörige	15,00 €	
Jugendliche, Wehrpflichtige u. Zivildienstleistende	20,00 €	

Name: _____

Vorname: _____

Geb. am: _____

Wohnhaft: _____

Telefon: _____

Mitgliedschaft ab: _____

Konto Nr.: _____

BLZ: _____

Institut: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass
die Krebsinitiative den o.g. Beitrag von meinem
Konto einzieht.

Datum

Unterschrift